

SERVICE D'APPUI

DEMANDE D'APPUI

NOTE EXPLICATIVE

Le Service d'Appui a vocation à soutenir et développer des actions coordonnées (professionnels, familles d'accueil) dans le département de la Nièvre.

Son objectif est d'offrir des réponses adaptées aux besoins d'enfants, adolescents et jeunes majeurs accueillis en protection de l'enfance, et en situation de handicap.

Le Service a pour mission d'intervenir en appui et en soutien aux structures et familles d'accueil des champs du médico-social, handicap et protection de l'enfance, autour de situations dites complexes.

Il organise la concertation entre tous les partenaires afin d'élaborer un projet personnalisé commun, structuré autour des besoins de l'enfant, dans l'objectif d'aider à sa construction personnelle.

Il agit prioritairement dans le cadre de la prévention et du repérage des situations à risque.

Pour que la demande soit étudiée, l'enfant ou le jeune doit :

- Avoir entre 0 et 21 ans
- Relever d'une prise en charge par les services de protection de l'enfance (sauf action de prévention)
- Être en attente ou bénéficier d'une notification de la CDAPH (sauf action de prévention)
- Présenter des difficultés auprès des professionnels dans son accompagnement et sa prise en charge au quotidien.

Merci de nous adresser ce formulaire dûment rempli* aux coordonnées suivantes :

Service d'Appui
21 Rue de la Barbouillère
BP 242
58000 NEVERS

OU

servicedappui@sauvegarde58.org

***Si prise en charge ASE, le document doit être visé par le responsable du SAMS de référence**

SERVICE D'APPUI

Demande d'admission

Éléments de présentation

Enfant ou jeune	Nom(s)	Prénom(s)
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance
	Lieu(x) de vie actuel	

PARENT 1	Nom(s)	Prénom(s)
	Adresse	

PARENT 2	Nom(s)	Prénom(s)
	Adresse	

Fratrerie		
Nom(s)	Prénom(s)	Âge

Situation familiale			
Situation matrimoniale	<input type="checkbox"/> Parents mariés	<input type="checkbox"/> Parents en couple	
	<input type="checkbox"/> Parents divorcés	<input type="checkbox"/> Parents séparés	<input type="checkbox"/> Autre :
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Parent 1	<input type="checkbox"/> Parent 2	<input type="checkbox"/> Autre :

Champ du handicap			
Notification MDPH	<input type="checkbox"/> Action de prévention	<input type="checkbox"/> En attente de réception	<input type="checkbox"/> Reçue le
Etablissement ou service référent en charge de l'accompagnement	Nom		
	Coordonnées de la structure et du professionnel à contacter		

Champ de la protection de l'enfance				
Type de mesure	<input type="checkbox"/> Action de prévention	<input type="checkbox"/> Administrative	<input type="checkbox"/> AEMO	<input type="checkbox"/> Placement
Etablissement ou service référent en charge de l'accompagnement	Nom			
	Coordonnées de la structure et du professionnel à contacter			

Merci de nous préciser tous les lieux (nom et coordonnées) dans lesquels évolue actuellement l'enfant ou le jeune (crèches ; PMI ; établissement scolaire ; établissement(s) périscolaire(s) ; prises en charge diverses...).

Merci de nous préciser la (ou les) problématique (s), les difficultés rencontrées au quotidien, ainsi que vos attentes à l'égard du Service d'Appui.

Personne ou service demandeur		Visa Responsable du SAMS
Date de la demande	Nom et coordonnées	